

La incontinencia de orina en los pacientes de la tercera edad

Dr. Gustavo L. Malfatto Departamento de Urología CASMU

Definición y Concepto:

Definimos incontinencia de orina (IO) como la pérdida involuntaria de orina por vía transuretral que causa problemas sociales ó higiénicos al paciente y su entorno. Constituye un problema de Salud Pública y solo en los EE:UU se gastan más de 10 billones de dólares por año por esta causa. La pérdida urinaria genera no solo problemas higiénicos sino también trastornos médicos por la eventualidad de aparición de úlceras de decúbito, repercusión psicológica y depresión con aislamiento, retracción y sensación franca de minusvalía.

Esta IO la debemos diferenciar de la pseudo-incontinencia que está representada por los trastornos de los pacientes que si bien son continentes no logran llegar al baño en un tiempo prudencial por causa de trastornos locomotores.

Frecuencia: No hay cifras concretas pero estadísticamente en el caso de la tercera edad afectaría a más del 20% de los pacientes y en caso de los institucionalizados eso se eleva a casi el 50%. La prevalencia es levemente mayor en el sexo femenino y la frecuencia aumenta con la edad. Si bien se dice que no hay relación directa entre el envejecimiento y la aparición de esta afección, es real que el deterioro del control esfinteriano así como cambios en la constitución histológica del músculo detrusor predisponen mucho a la aparición de este trastorno. La existencia de patología prostática constituye también un elemento a considerar.

Etiología: La continencia urinaria implica un complejo mecanismo sinérgico por medio del cual los mecanismos del vaciado vesical periódico (que asientan mayoritariamente en estructuras del bulbo y la médula espinal) son inhibidos y modulados por otras estructuras que asientan a nivel más alto en el encéfalo (cerebelo, córtex y estructuras de integración subcorticales)

Todas estas complejas estructuras requieren a su vez de la integridad anatómica del complejo vésico-esfinteriano y de sus conexiones desde y hacia la médula espinal. Cualquier etiología que altere anatomía ó función de estas estructuras va a alterar la capacidad de contener orina ó de evacuarla generando así un problema.

Es así que en condiciones normales cuando el gradiente de presión uretral es mayor que el de la presión vesical se mantiene la continencia y al invertirse se produce la micción.

En condiciones patológicas el resultado es la retención urinaria y la incontinencia urinaria respectivamente.

Puretral >> Pvesical : Continencia (retención urinaria)

Pvesical >> Puretral: Micción (incontinencia de orina)

En la tercera edad existen muchas causas transitorias y reversibles de incontinencia urinaria (medicamentos ó infección urinaria por ejemplo) que deben ser conocidas para así poder tratarlas rápida y efectivamente.

IO transitoria ó reversible

Infección urinaria

Impactación fecal

Sedantes, diuréticos, algunos anticolinérgicos

Trastornos tipo delirio, estados confusionales ó depresión

Metabolopatía diabética

Vaginitis ó uretritis atrófica

Alteraciones de la locomoción

Hay otras causas que exigen un tratamiento más concreto y agresivo en la medida de lo posible (patología prostática, distopías genitales, etc.) y en otras el uso de medicación específica (anticolinérgicos, por ej.) puede aliviar el padecimiento.

Diagnóstico: En general se sigue la misma sistemática de evaluación que en cualquier paciente; la historia clínica, examen físico, análisis clínicos orientados (s/t el examen de orina con sedimento) así como estudios paraclínicos útiles (ecografía, eventuales estudios radiológicos contrastados, urodinamia, etc.) pueden ayudarnos a un diagnóstico de situación muy adecuado para lograr un balance del paciente y distinguir las situaciones de transitoriedad que pueden llegar a ser un 30% de los casos que se nos presentan.

De la historia clínica deseamos destacar el investigar el hábito miccional habitual del paciente (frecuencia, nicturia ó nocturna, disuria, cambios de calibre y potencia del chorro miccional, goteo post-evacuatorio) y luego el inicio de la IO, evolución, circunstancias de aparición y factores que la desencadenan (esfuerzos físicos, situaciones de stress emocional, cambios de la medicación, etc.). Una buena forma de percibir en forma rápida y global el ritmo miccional es la confección de una cartilla ó diario miccional en el cual el paciente anota hora de la micción ó la perdida así como si hay urgencia u otro fenómeno acompañante.

Los hábitos alimentarios son importantes pues a veces muchas IO mejoran suspendiendo ó redistribuyendo en el día la ingesta hídrica ó eliminando ciertas bebidas (refrescos cola, el café ó té, el mate, los jugos sintéticos azucarados, etc.)

Toda patología de la cual padezca debe ser anotada así como sus tratamientos y tomar cuidado de las sustancias y dosis que recibe

El examen físico en el caso de un paciente incontinente debe ser completado buscando la presencia de un globo vesical, realizar un correcto examen rectal (estado del reflejo anal, estado de la ampolla rectal -valorando fecalotas-, la logia prostática y su contenido, etc.) ó ginecológico (aspecto de la vagina y el periné, movilidad uretral, ver si pierde orina con esfuerzos, presencia de distopía, etc.)

No se debe olvidar consignar el status neurológico y psíquico pues esto tiene directa implicancia con los estudios y tratamientos que podamos indicarle al paciente.

Respecto de los exámenes paraclínicos el primero -y uno de los más útiles!!- sigue siendo el examen de orina con estudio del sedimento; la existencia de pirocitos en forma marcada (no cuando se dice algunos ó regular cantidad!!) orienta hacia un proceso infeccioso, una litiasis ó un tumor. La existencia de hematuria (aquí también se debe valorar abundantes glóbulos rojos!!) también es orientadora hacia las mismas causas de la piuria así como cuando coinciden ambas (hematopiuuria)

La sospecha de infección urinaria inhibe transitoriamente de otras maniobras urológicas invasivas hasta que se trate dicha complicación.

Una ecografía uro-genital adecuadamente realizada por un técnico que conozca bien la patología del sector comprometido puede darnos datos muy útiles para la valoración diagnóstica. La costatación del riñón, su aspecto, tamaño, ecorrefringencia, presencia ó no procesos de adición ó sustitución, estado de las cavidades, visualización ó no de los uréteres, estado y aspecto ecográfico de la vejiga, sus paredes y órganos vecinos, estado de la próstata, tamaño, homogeneidad tisular ó no, etc. El estudio postmiccional puede orientar hacia la existencia de residuo, (pero para ello se debe permitir que el paciente orina normalmente y no bajo presión por los tiempos del ecografista)

La medida del residuo vesical es una maniobra fácil y que realizada en buenas condiciones y con material y mano idónea explora muy bien la uretra (s/t la masculina) además de certificar la presencia de residuo. En condiciones normales se acepta un resto vesical de hasta el 10% de la capacidad vesical estimada del paciente; volúmenes mayores constituyen una alteración.

La presencia de hematuria nos orienta a la necesidad de realizar un estudio endoscópico del aparato urinario bajo así como profundizar con otros estudio imagenológicos (urografía i/venosa, tomografía axial computada helicoidal con eventual reconstrucción 3 D del aparato urinario, resonancia nuclear magnética)

Nunca olvidar que la endoscopia debe tratar de responder topografía (alta ó baja) así como el lado de una hematuria alta.

Con estos datos en mano podremos comenzar a aclarar causas de una incontinencia urinaria y para ello puede ser de utilidad en circunstancias adecuadas un estudio urodinámico. Este estudio busca reproducir en una fracción de su tiempo el ciclo llenado-vaciado vesical y sus alteraciones. Colocando catéteres vesicales muy finos (1 milímetro) así como una sonda rectal se procede al llenado de la vejiga con suero temperado por medio de una bomba peristáltica a una velocidad estimada del 10% por minuto de la capacidad vesical estimada. Se registran las presiones del abdomen, de la vejiga y del propio detrusor junto al flujo miccional, la actividad electromiográfica del conjunto muscular del periné; este registro se efectúa durante la fase de llenado y de vaciado, permitiendo evaluar situaciones de obstrucción a la salida de orina, pérdidas de la misma, tipo contráctil del detrusor en las dos etapas, etc. Este estudio se puede ampliar cuando llenamos la vejiga con medio de contraste y con el uso simultáneo de radiología y registro digital se hace una evaluación imagenológica y manométrica simultánea: este estudio se denomina video-urodinamia y es la forma más perfecta de estudio del aparato urinario bajo cuando nos enfocamos al estudio de los trastornos del vaciado y almacenamiento vesical.

En primera instancia queremos destacar que en una aproximación muy simple evaluamos la conducta del detrusor en fase de llenado, el que en condiciones normales debe estar todo el tiempo en reposo (detrusor estable) pero que con frecuencia presenta contracciones involuntarias (detrusor inestable). En este último caso es habitual la coexistencia de una urgencia miccional ó imperiosidad de grado variable pero casi siempre muy manifiesta. También prestamos atención a las variaciones de la compliance vesical y en caso de haber pérdidas urinarias buscamos que relación tienen ellas con esfuerzos de pujo ó tos (incontinencia de esfuerzo) ó con la inestabilidad (pérdidas por vejiga inestable ó neurogénica según tenga ó no una enfermedad neurológica). También prestamos atención al vaciado vesical para ver si se vacía poca orina a mucha presión (obstrucción urinaria) ó si por el contrario no existe actividad contráctil para vaciar la vejiga (detrusor hipo-contráctil como se aprecia en los diabéticos evolucionados)

Indicaciones de un estudio urodinámico

Incontinencia clínicamente mixta

Incontinencia de orina de la mujer

Obstrucción urinaria en el hombre

Infecciones urinarias reiteradas

Vejiga neurogénica retencionista ó incontinente

Trastornos miccionales post-cirugía pelviana

Previo a cualquier cirugía sobre el A. U. Bajo

Ausencia de mejoría con tratamiento conservador

Tipos de incontinencia de orina en la tercera edad: Los pacientes en esta etapa, tal como ya explicamos más arriba tienen alteraciones del control vesical. Estas alteraciones se intrincan con problemas anatómicos como son derivados de la patología prostática, de las distopías genitales, de la metabolopatía diabética, accidentes cerebrovasculares, etc. Por frecuencia -en la mujer- las pérdidas más frecuentes son por causa ó de un fallo del mecanismo esfinteriano (incontinencia de orina de esfuerzo) que representan casi el 45% de las causas de pérdida urinaria, ó por trastornos del detrusor (vejiga inestable) (40%) aunque se pueden intrincar ambas causas (incontinencia mixta) en un 15 a 20% de los casos. La urgencia miccional como síntoma aparece en más del 50% en la incontinencia de orina en la tercera edad y es a veces más molesta que la propia pérdida urinaria. En el caso del paciente hombre los trastornos más frecuentes del vaciado son los derivados de la patología prostática que puede también dar un síndrome irritativo sumamente molesto. Cuando han sido ya operados de su próstata, los hombres deben sus pérdidas de orina a causas neurológicas que se expresan por una hiperreflexia del detrusor, a daños operatorios del mecanismo esfinteriano ó a obstrucciones secundarias a la cirugía (estenosis de la uretra ó del

cuello vesical) que en gral. se expresan por una incontinencia por rebosamiento. También –al igual que en la mujer- puede haber incontinencia por lesión nerviosa de una raíz aferente (neuropatía diabética, lesión medular a nivel sacro, etc.), cateterismo vesical prolongado, por fármacos con acción anticolinérgica ó similar (un ejemplo es la imipramina !!), etc.

Tratamiento: Una vez aclarada la causa de la incontinencia de orina se debe plantar el tratamiento más idóneo para el tipo de incontinencia pero planteandose primero el tipo de paciente que tenemos que tratar; si bien hay medicación que es efectiva para el tratamiento de las inestabilidades vesicales sus efectos colaterales los pueden hacer inconvenientes. Esto es válido en el caso de las drogas anticolinérgicas, las que si bien tienen acción de bloqueo sobre los receptores M2 y M3 que predominan en el detrusor, también bloquean receptores M en otros órganos (corazón, apto. digestivo, ojos, encéfalo, etc.) generando efectos colaterales con frecuencia intolerables. Actualmente está muy en boga el estudio de los trastornos de la ideación, aprendizaje y memorización que generan muchos anticolinérgicos por su capacidad de atravesar la barrera hemáto-encefálica y actuar a nivel íntimo de las estructuras tele-encefálicas causando los disturbios citados.

La sequedad de boca y el estreñimiento son dos de los efectos colaterales habituales de los anticolinérgicos; el primero se puede solucionar pidiéndole al enfermo que se coloque en la boca una gota de jugo de limón cada tanto y el segundo en base a una adecuación de la dieta cuando es esto posible.

Los anticolinérgicos habitualmente usados son: La Oxibutinina, cuya dosis día es de 5mgs, x 2-4, la Tolterodina, 2 mgs, día x 1-3, el Flavoxato a dosis de 200 mgs, día x 2-3, el Bromuro de Propantelina a dosis de 15mgrs. día x 4.

Por sus acciones a nivel vésico-esfinteriano también se usa la Imipramina a dosis de 25 a 75 mgs./día.

Actualmente disponemos de otras opciones terapéuticas que son muy útiles en los casos de vejiga hiperactiva en la que la medicación tiene contraindicaciones ó sus efectos colaterales la hacen intolerable: la electroestimulación fisiológica del periné; consiste en la aplicación por medio de electrodos anales ó vaginales de descargas de corrientes de bajo voltaje y frecuencia, casi desapercibidos para los pacientes, y que tiene por función el bloqueo de las vías reflejas que están promoviendo el desarrollo de la hiperactividad vesical. Es un tratamiento con más de un 60% de mejora efectiva de los síntomas y que se utiliza cada vez más en los diversos Continentes a nivel mundial.

Sonda vesical: El cateterismo vesical permanente es una de las opciones finales para el tratamiento de un paciente incontinente así como en pacientes con una uropatía obstructiva crónica.

EL tipo de catéter más utilizado es la sonda Foley calibre 16-18 Ch. no siendo necesarios calibre mayores para así disminuir el riesgo de daños en la uretra. De la sonda deseamos destacar la necesidad de que el balón sea llenado con agua destilada pues el suero fisiológico puede provocar depósitos de sales que causan dificultades posteriores para desinflar el balón en los cambios; las sondas de latex se deben recambiar cada 15 días y las de silicona pura pueden durar hasta 3 meses. La bolsa colectora se cambia cada vez que se cambia la sonda. Los plazos se deben adecuar a las condiciones del paciente y de su orina.

Un punto de aparente controversia es el de la antibióticoterapia en los sondados a permanencia; el sondado es siempre un bacteriurico crónico pese a los esfuerzos que se realicen para que no lo sea. La bacteriuria no es sinónimo de infección pero significa una alta posibilidad de desarrollarla en forma sintomática. Lo más importante es tener muchos cuidados con el recambio de la sonda; es la mejor profilaxis de todas las complicaciones urológicas. No es necesario realizar cultivos de control en pacientes con una SVP salvo que aparezcan síntomas. Si un sondado a permanencia tiene manifestaciones infecciosas (fiebre, dolor lumbar, manifestaciones irritativas bajas, chuchos, etc.) debemos antes cambiar la sonda y luego tomar orina para el estudio pues si no procedemos de esta manera recogeremos gérmenes de colonización y nos falsea el diagnóstico. Si en cambio hay manifestaciones de procesos tipo flemonoso perineal,

periuretral, edema, cambios tegumentarios, lo que se debe hacer es convocar urólogo en forma urgente pues puede ser necesario una derivación supra-púbica.

EL uso de antibióticos en los sondados se reserva para las infecciones sintomáticas. La quimioprofilaxis se utiliza en los pacientes con riesgo de una endocarditis prótesis cardiacas ó articulares, en los inmunodeprimidos (diabéticos, urémicos, corticoterapia mantenida, etc.) ó en las 48 hrs. post-recambio de la SV.

Preguntas:

- a) Que tipos de incontinencia de orina encontramos en ptes. de la 3ª. Edad?
- b) Cuales son causas de incontinencia urinaria transitoria?
- c) Que efectos colaterales pueden tener los anticolinérgicos?
- d) Se usan antibióticos en los pacientes portadores de una S.V.P.?
- e) Cuando se debe convocar al urológico por un pacientes con una S.V.P.?
- f) Cuando se recambia una sonda vesical ?